

07-10

当院における腹壁癰痕ヘルニアに対する Components Separation 法の検討

前橋赤十字病院 形成・美容外科¹⁾
前橋赤十字病院 消化器病センター²⁾

小野寺剛憲¹⁾、村松 英之¹⁾、井上麻由子¹⁾、小川 哲史²⁾、
富澤 直樹²⁾、田中 俊行²⁾、荒川 和久²⁾、小林 克己²⁾、
須藤 雄仁²⁾、長谷川智行²⁾、濱野 郁美²⁾、五十嵐隆通²⁾、
萩野 美里²⁾、中澤 拓郎²⁾

腹壁癰痕ヘルニアに対する治療法には様々なものがある。その中で自家組織を用いた再建の一つとして Components separation 法がある。この方法は両側の腹直筋外側に存在する外腹斜筋腱膜を切開し、外腹斜筋とその下の内腹斜筋を剥離することで腹直筋の緊張を解除することで両側の腹直筋同士を正中へ伸展させ、腹壁の直接縫合を行うものである。当院では2008年より腹壁癰痕ヘルニアに対して Components separation 法を用いて再建を行っており、今回、本法を用いて再建を行った14例について検討を行ったので、症例を供覧すると共に若干の文献的考察を加え報告する。腹壁癰痕ヘルニアは開腹術を施行したうちの1 - 3 % 程度に発生するといわれる比較的多い疾患である。治療に関しては単純縫縮だけでは再発率は40 % と非常に高い。このため polypropylene mesh や polytetrafluoroethylene などの人工材料を用いた方法や大腿筋膜張筋皮弁などの皮弁が用いられる。しかし人工材料であれば感染のリスクや強度の問題、皮弁形成では皮弁の壊死や皮弁採取部の問題、手技の煩雑さなどが欠点として考えられる。一方で1990年 Ramirez らにより報告された components separation 法は外腹斜筋の release を行い腹壁の拘縮を解除して腹直筋同士を正中で緊張なく直接縫合することができる。この際腹直筋の支配神経も温存されるため、腹直筋の機能を損なわず生理的で dynamic な再建を行うことができる。また手技も容易で、同一術野で行えるなどの利点も多く、腹壁癰痕ヘルニアに対して優れた術式と考えられる。

07-12

脛骨遠位骨幹部骨折に対する髄内釘固定法の治療成績 日本赤十字社和歌山医療センター 整形外科

井上 悟史¹⁾、百名 克文¹⁾、玉置 康之¹⁾、田中 康之¹⁾、
栗山 新一¹⁾、川井 康嗣¹⁾、打越 颯¹⁾、植田 成実¹⁾、
高山 和政¹⁾、別當 沙織¹⁾、丸山 征爾¹⁾、中村 賢司¹⁾、
古川 剛¹⁾

【目的】脛骨遠位骨幹部骨折に対する内固定法は、プレート固定法と髄内釘固定法が主に挙げられる。髄内釘固定法は低侵襲であるが、髄腔の拡大した遠位部では側方転位等が危惧される。今回、我々は遠位横止めスクリューを多方向に刺入することにより再転位を防止できたかを retrospective に検討したので報告する。

【方法】平成17年1月から平成22年3月の間、足関節関節面より10cm以内に骨折が及んでいる脛骨遠位骨幹部骨折に対して髄内釘固定法を施行した33例中、深部感染症を発症した1例を除いた32例を対象とした。遠位横止めスクリューを1方向より刺入した18例をS群、多方向より刺入した14例をM群とした。S群は男性13例、女性5例、手術時年齢平均48歳、術後観察期間は平均58週、開放骨折3例、腓骨骨折合併は15例であった。M群は男性7例、女性7例、手術時年齢平均50歳、術後観察期間は平均61週、開放骨折7例、腓骨骨折合併は14例であった。検討項目は、術直後・最終調査時のレントゲンから再転位の有無、仮骨形成・骨癒合までの期間、追加手術の有無とした。

【結果】S群は3例に再転位を認めたが、M群は全例において初期固定が維持されていた。仮骨形成までの期間はS群平均8.0週、M群平均8.1週、骨癒合までの期間はS群平均17.8週、M群平均14.6週と有意差はなかった。S群は3例に dynamization を、1例に骨移植術を要したが、最終調査時には両群とも全例で骨癒合を得た。

【結論】脛骨遠位骨幹部骨折に対する髄内釘固定法では、遠位横止めスクリューを多方向に刺入することにより固定性は増す可能性が考えられた。

07-11

新規骨粗鬆症治療薬テリパラチドの当院における導入および短期成績

福井赤十字病院 整形外科

田中 淳¹⁾、高木 治樹¹⁾、高塚 和孝¹⁾

【目的】テリパラチド (TPD) は2010年10月本邦でも発売開始された新規骨粗鬆症治療薬である。TPDは骨芽細胞を活性化し骨形成促進作用をもち、骨密度を増加させると期待されている。ただしその投与法は1日1回の皮下注射を24ヶ月間毎日継続するというものであり、治療効果を得る為には自己注射のコンプライアンス (確実性、継続性) が重要となる。従って骨粗鬆症患者が高齢であることを考慮すると、導入に際し十分な指導が不可欠と考える。今回当院でのTPD導入前後の取り組み、短期成績について報告する。

【対象】2010年12月から当院でTPD自己注射を導入した患者16名のうち投与後4ヶ月以上経過観察可能であった11名 (全例女性) を対象とした。投与開始時の平均年齢は72.8 (60 ~ 86) 歳であった。導入に際し医師の処方指導、看護師による手技指導を行い、導入後は1ヶ月毎に手技の確認を行った。

【評価法】手技の習得率、継続率を評価した。治療効果判定として投与前と投与後4ヶ月毎にDXA法による腰椎、大腿骨近位の骨密度を測定した。骨形成マーカーとして血清P1NPを、骨吸収マーカーとしてNTxを測定した。

【結果】期間中の手技習得率、治療継続率ともに100 % であった。骨密度は腰椎、大腿近位とも4カ月時点では有意な上昇は認めなかった。P1NP、NTxはいずれも有意な上昇を認めた。

【考察】家族も含め指導を行った症例や家族により注射を実践されている症例もあり、家族の理解・協力が不可欠である。また医療の現場においてコメディカルを含めたアプローチが重要であることを再認識した。短期成績では開始後4ヶ月でP1NPだけでなくNTxも有意な上昇が確認できた。骨形成に先行する骨吸収が必要になる為と考えられる。骨密度については開始6ヶ月以降での改善が報告されており、今後より多くの症例、長期間の検討が望ましい。

07-13

仰臥位前外側アプローチを用いた小侵襲大腿骨人工骨頭置換術

秋田赤十字病院 整形外科¹⁾、新潟大学 整形外科²⁾

安藤 和弘¹⁾、湯朝 信博¹⁾、北原 洋¹⁾、須田 健¹⁾、
鈴木 勇人¹⁾、遠藤 直人²⁾、伊藤 知之²⁾

【目的】仰臥位で筋腱切離をしない小侵襲前外側アプローチを用いて、関節包を切除せず大腿骨人工骨頭置換術を行っている。手術手技上の注意点について映像を用いて報告する。

【手術手技】手術のポイントは、前方関節包の切離法と、梨状筋、上下双子筋、内外閉鎖筋を温存する関節包切離方法である。大腿筋膜張筋、中臀筋の筋間で展開し、真の関節包上で周囲組織を白蓋前縁が触れるまで剥離する。前方関節包はまず、白蓋縁に沿って関節唇を損傷しないように行う。次に腸恥隆起部から頸部外側関節包付着部に向かって切離し、最後に頸部付着部で関節包を切離する。切離した関節包をフラップ状にして内外側によけて、関節内を展開する。短外旋筋群のうち、特に上下双子筋と内閉鎖筋共通腱は大転子前方にまで付着しており、その表面を関節包と腸骨大腿靱帯が覆っている。大転子前方から関節包、腸骨大腿靱帯を剥離していき、大転子のもっとも前方につく上下双子筋と内閉鎖筋共通腱を確認する。この腱上から関節包、腸骨大腿靱帯を剥離していくことで、短外旋筋群を温存し関節包を剥離することができる。

【後療法】術後下肢を固定することなく、全身状態に問題がなければ術翌日より荷重制限なくリハビリテーションを行う。人工骨頭置換術が人工股関節置換術と異なる点は、頸部短縮と頸部不安定性、関節唇温存と関節包修復、易骨折性、である。

【考察】本法は、筋腱切離を行わないため、最終的に骨頭を整復すると進入路に死腔をつくることなく筋肉が整復される。また、筋膜切離は大腿筋膜張筋と大殿筋の筋間での切離のみで、易脱臼位である内転外旋位で大転子部の筋膜の緊張が強くなり脱臼抑制因子として働くため、脱臼予防という点でも優れている。